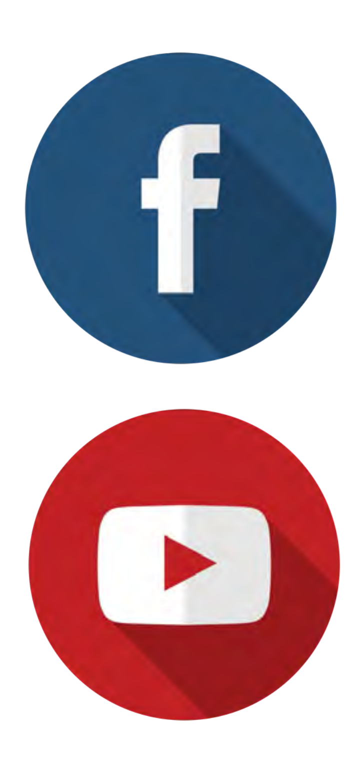
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Syndrome de l'intestin irritable

Objectifs pédagogiques:

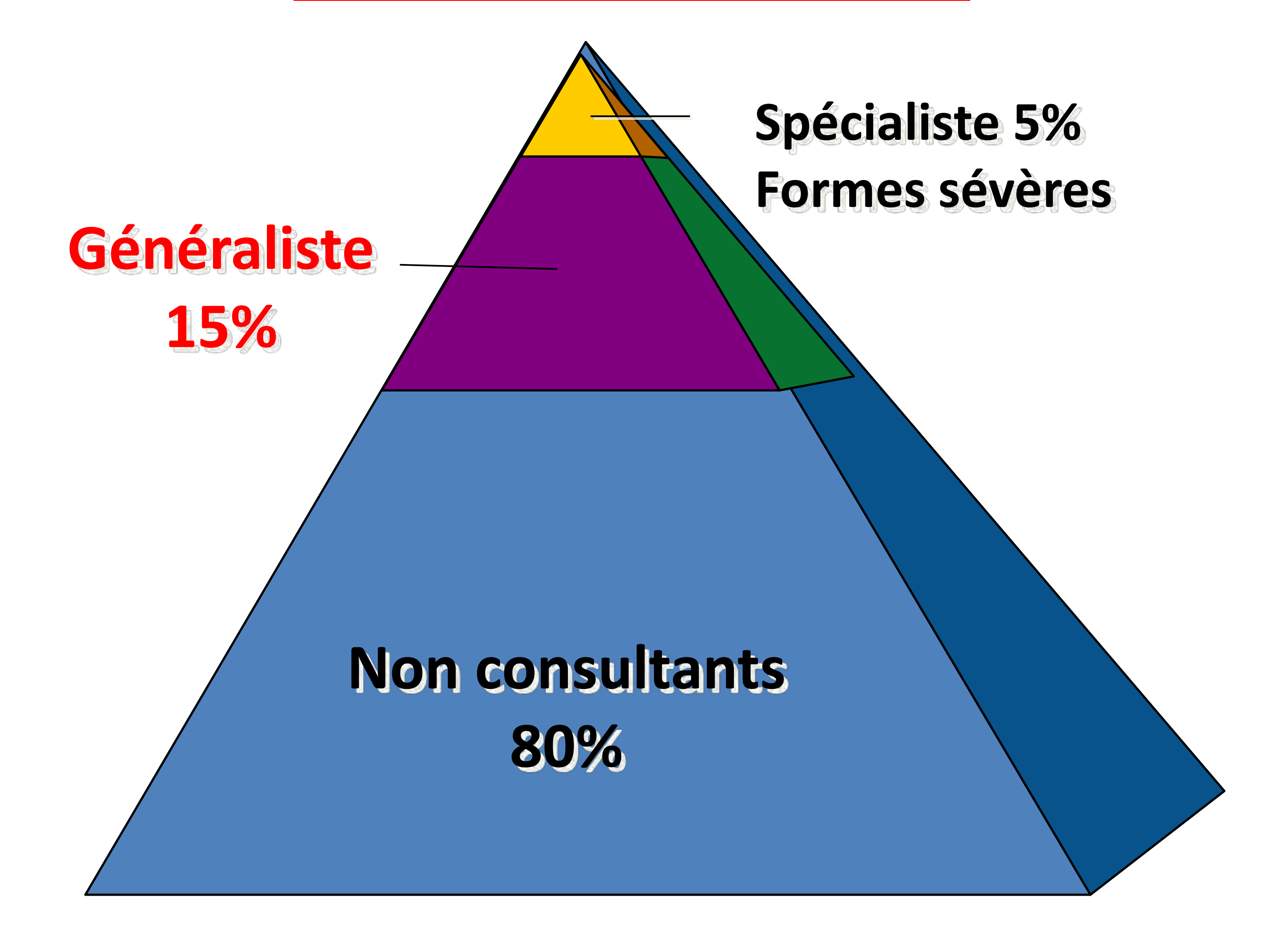
- Savoir définir le SII
- Poser le diagnostic positif et différentiel
- Connaitre la stratégie thérapeutique

Dr K.Layaida
Service de gastro-entérologie
CHU Mustapha

Introduction

- Motif de consultation le plus fréquent
- Prévalence: variable en fonction des critères de définition ≈ 10%
- Sexe ratio: 2F/1H
- Cout ↗:
  - Direct: consultations, ex. complémentaires, médicaments
  - Indirect: arrêt de travail, présentéisme perturbé

Epidémiologie



25 à 50% de consultations en gastro-entérologie

Définition

Association d'une douleur/inconfort de l'abdomen associé à des troubles du transit intestinal pendant des périodes ± longues, récurrentes

Plusieurs critères diagnostiques cliniques: Diagnostic +

- Manning : 1978
- Rome I : 1992
- Rome II : 1999
- Rome III : 2005 (publié 2006)

Définition
Critères Rome III

Douleur abdominale ou inconfort digestif (sensation abdominale désagréable non douloureuse) survenant au moins 3 jours par mois durant les trois derniers mois associés avec au moins 2 des critères suivants:

-Amélioration par la défécation
-Survenue associée à une modification de la fréquence des selles
-Survenue associée à une modification de la consistance des selles

Les sous groupes se définissent en fonction de la consistance des selles selon l'échelle de Bristol

Gastroenterology 2006; 130: 1480-91

Consistance des selles selon l'échelle de Bristol

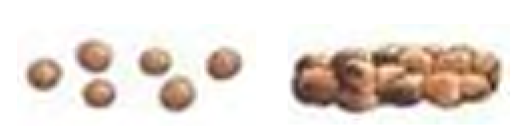


Gut 1992;33:818-24

Sous groupes en fonction de la consistance des selles

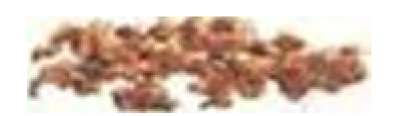
-SII avec constipation prédominante (C-SII):

Bristol 1-2 ≥ 25% du temps, Bristol 6-7 ≤ 25% du temps.



-SII avec diarrhée prédominante (D-SII):

Bristol 6-7 ≥ 25% du temps, Bristol 1-2 ≤ 25% du temps.



-SII avec alternance diarrhée-constipation (M-SII):

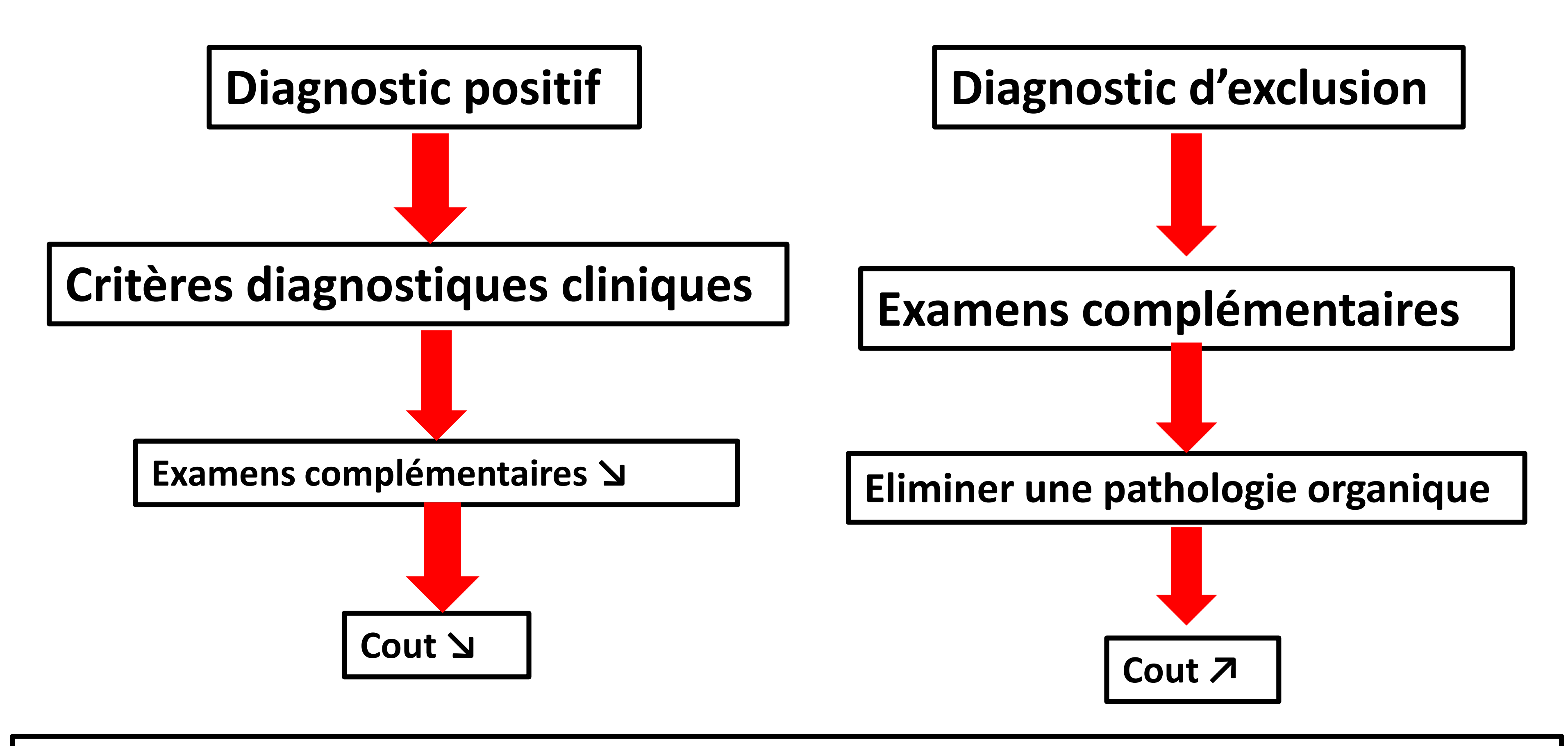
Bristol 1-2 ≥ 25% du temps, Bristol 6-7 ≥ 25% du temps.

-SII non spécifié:

Absence de critères suffisants pour être classé parmi les 3 formes précédentes

Gastroenterology 2006; 130: 1480-91

Stratégie diagnostique



Interrogatoire +++ Méthodique

- Type et ancienneté des symptômes: Sd Koenig
- Signes d'alarme
- Antécédents personnels et familiaux: cancers digestifs+++
- Prises médicamenteuses antérieures (antispasmodiques, modificateurs du transit, antidépresseurs)
- Traitements associés à une autre pathologie
- Facteurs psycho-sociaux: traits de personnalité anxieuse, dépressive, hypochondriaque +++

Interrogatoire
Examen clinique

- Manifestations extra-digestives**: fatigue chronique, céphalées, lombalgies chroniques, symptômes urinaires, dyspareunie, fibromyalgie → forme sévère
- Examen clinique: méthodique et complet pauvre (douleur du cadre colique)
- Troubles dyspeptiques*: ≈20% passage SII ↔ Dyspepsie

*Gatroenterology 1995; 109:671-80
**Gastroenterology 2002; 122: 1140-56

Signes d'alarme

- Présence de sang mêlé aux selles +
- Antécédents familiaux de cancer colique +
- Anomalie de l'examen clinique +
- Amaigrissement
- Symptômes nocturnes
- Anorexie

Diagnostic positif de SII

- Sujet jeune: âge < 50 ans
- Troubles anciens sans aggravation ou modification récente des symptômes
- Absence de signes d'alarme
- Antécédents familiaux négatifs: cancer digestif++, MICI, maladie cœliaque
- Bilan morphologique < 5 ans négatif

Pas d'examens complémentaires





Diagnostic d'exclusion du SII

- Age > 50 ans
- Présence de signes d'alarme
- SII avec diarrhée prédominante

↓

Examens complémentaires

↓

Lesquels ?

Examens complémentaires

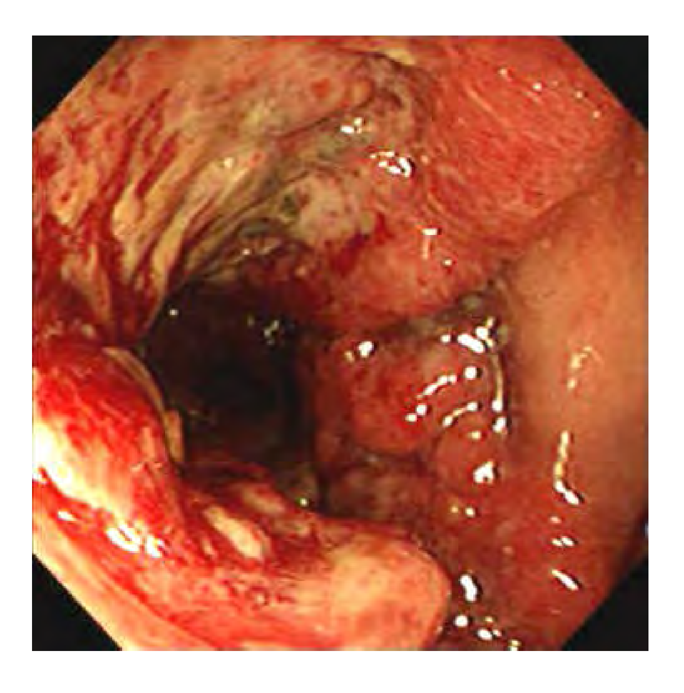
- Bilan biologique: NFS, Sd inflammatoire (VS, CRP)
  faible rendement diagnostique
- Recherche d'une dysthroïdie: TSHus
- Parasitologie des selles: le plus souvent -, rarement + Blastocystis hominis sans conséquence sur le plan clinique
- Echographie abdominale: attention aux erreurs d'interprétation
- EOGD: Dépistage de la maladie cœliaque (Bx duodénales)
- Coloscopie: CCR, MICI…
- Intolérance au lactose: test respiratoire « Breath test »

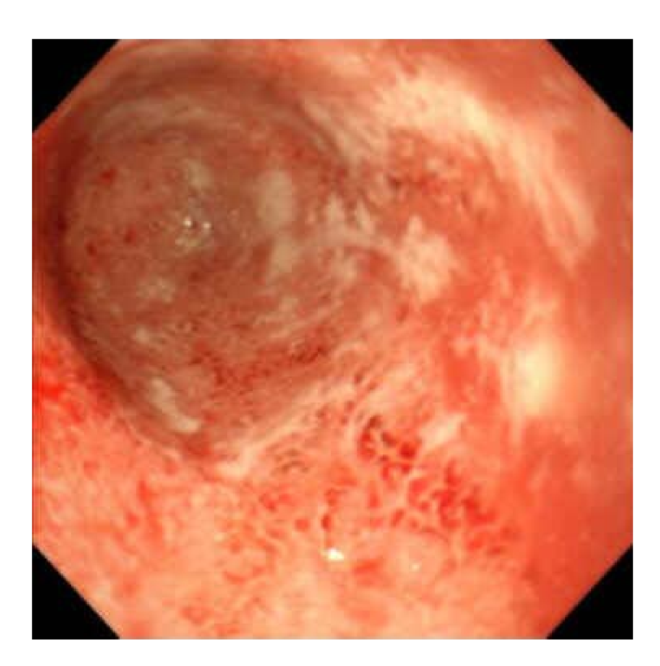
Coloscopie

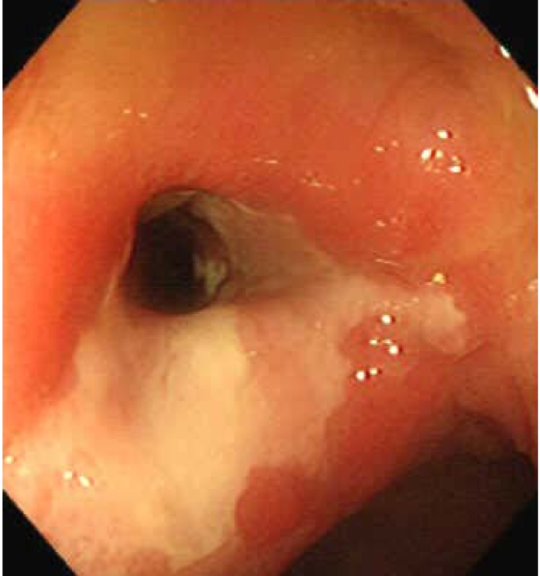
ADK colon

RCH

Crohn iléal







Maladie cœliaque





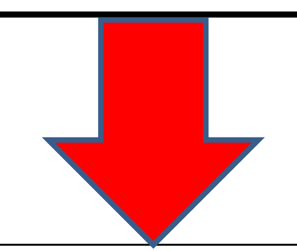


Désolé docteur, mais je dois encore vous contredire !



Buts du traitement

Soulagement de la douleur : objectif principal +++
Correction /des troubles du transit et du ballonnement abdominal



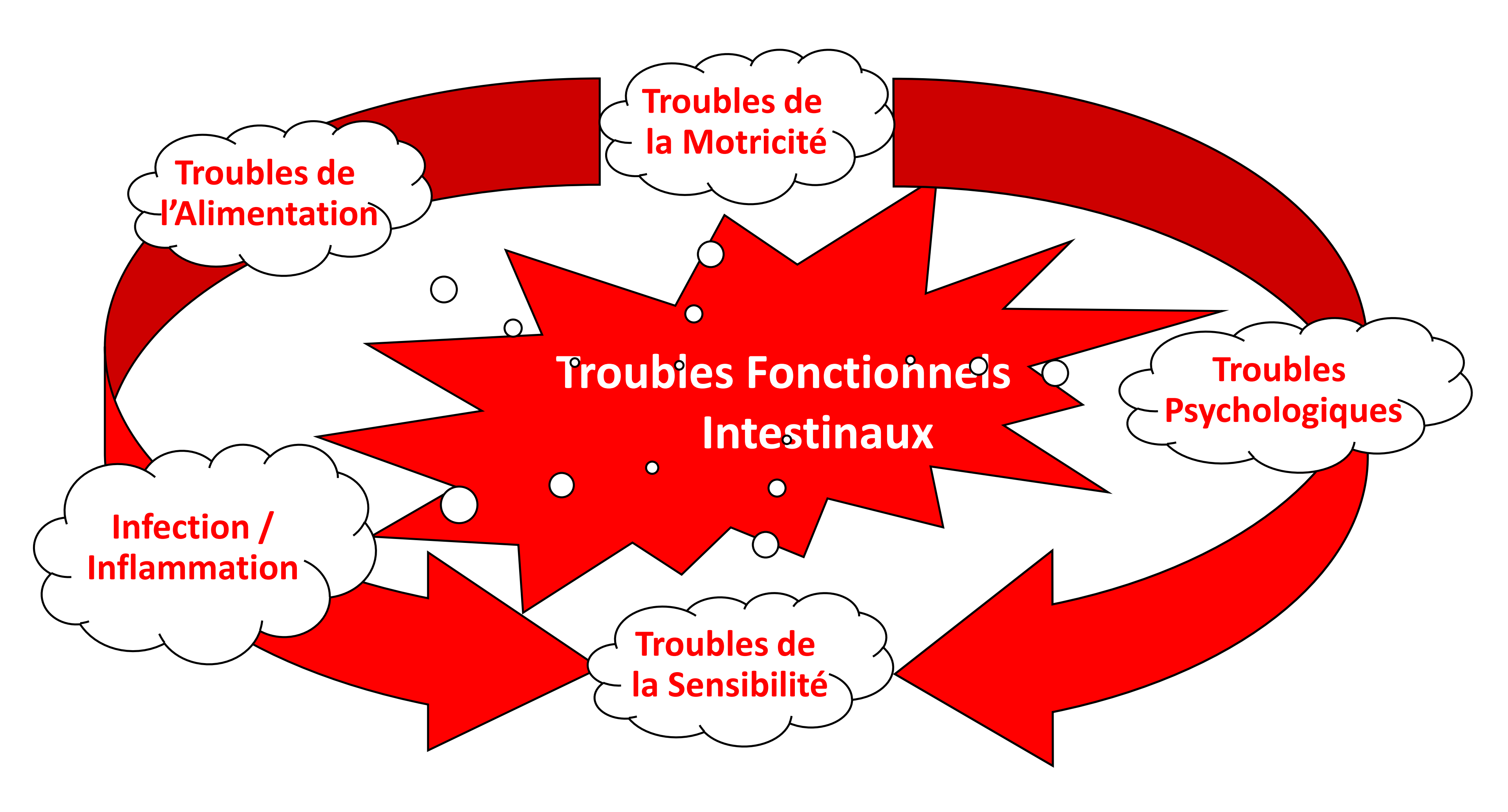
Amélioration de la qualité de vie

Effet placebo ↑↑↑



Relation médecin-malade +++

Bases physiopathologiques



Règles hygiéno-diététiques

- Patients très attentifs aux conseils diététiques
- Lien chronologique entre la prise alimentaire et l'apparition ou l'aggravation des symptômes

Exlclusion alimentaire: attention, pas d'exclusion systématique (listes d'aliments autorisés et interdits?)
Uniquement si relation claire reproductible entre ingestion de certains aliments et la survenue des symptômes

Herboriste: mélange de plantes médicinales
Efficacité thérapeutique et innocuité à démontrer

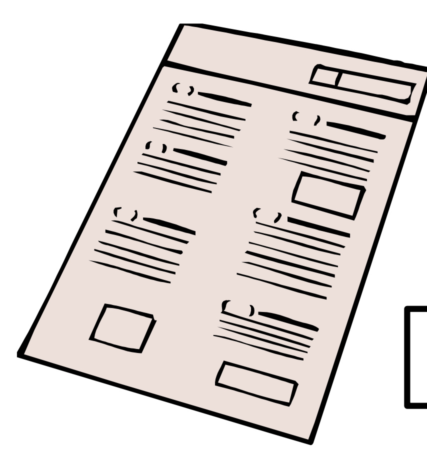
Enrichissement du régime avec des fibres alimentaires

Conseils habituels

- Fibres insolubles: grains entiers, son de blé............
- Fibres solubles: fruits à pépins(pommes, poires, raisin…)

- 20 essais 1966-2002
- Efficacité globale et sur la douleur: NS
- Fibres insolubles: aggravation inconfort / ballonnement abdominal

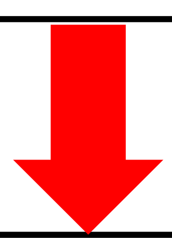
Bénéficiaire potentiel: SII-C ++



Antispasmodiques

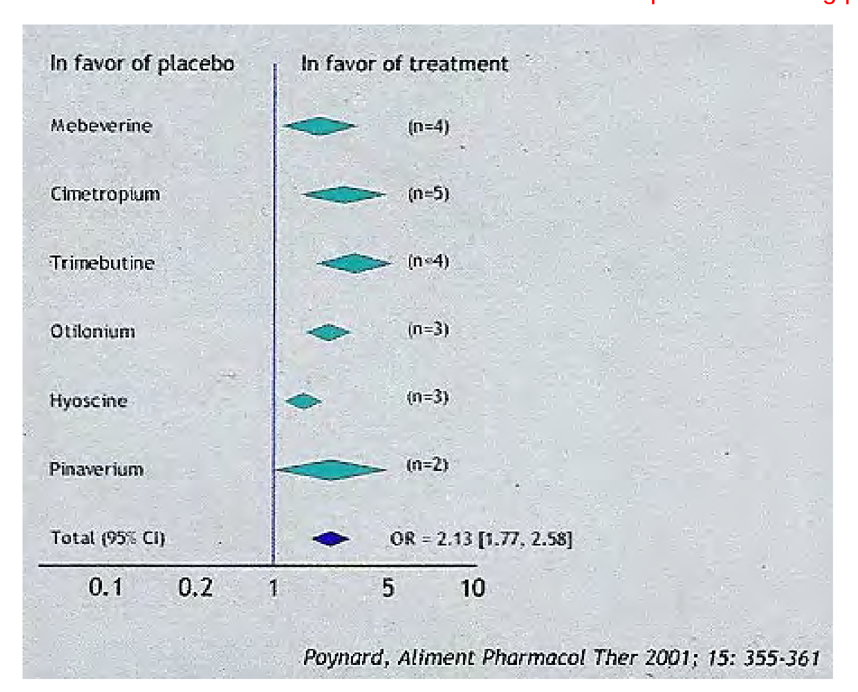
Largement prescrits en première intention

Troubles moteurs: anomalies des contractions (amplitude, propagation), réponse motrice recto-sigmoïdienne excessive



Efficacité démontrée sur plusieurs méta-analyses sur la douleur mais pas sur le trouble du transit intestinal

Douleur abdominale déclenchée par les repas +++



Antispasmodiques

- Trimébutine: Débridat
- Pinaverium: Dicétel
- Mébévérine: Duspatalin
- Association Alvérine-simethicone: Météospasmyl
- Phloroglucinol: Spasfon

action rapide → à la demande: douleurs abd. paroxystiques

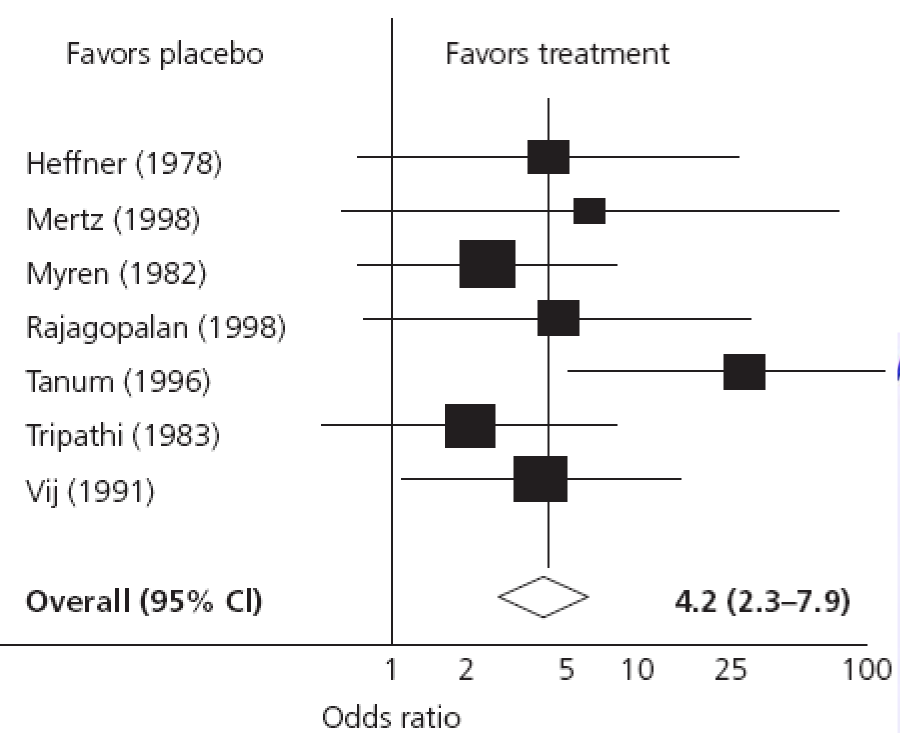
Traitement continu vs traitement des poussées

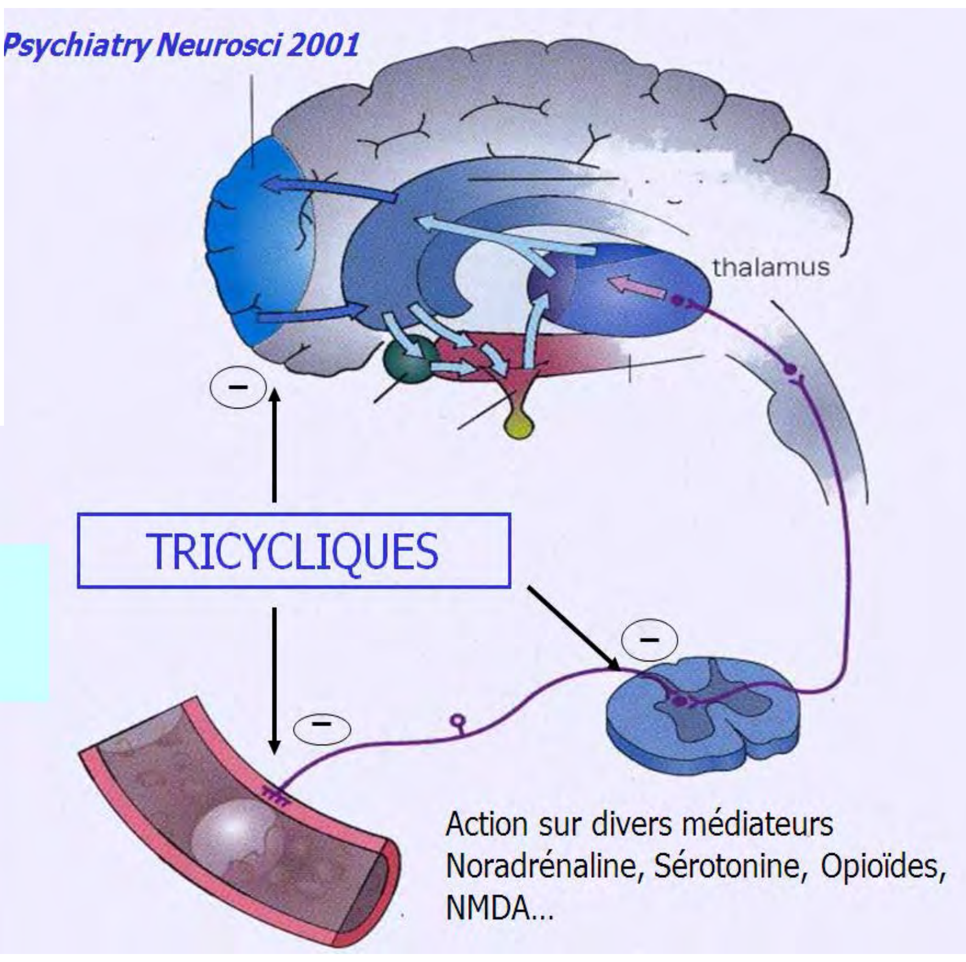
Montmorillonite beidellitique Bébélix

- Argille naturelle
- SII-C: amélioration de la douleur abdominale et le confort digestif de façon significativement supérieure au placebo
- Effet moins net dans les sous groupes SII-D et SII-C/D

Ducrotté et al. APT 2005;21: 435-444

Antidépresseurs





Action sur la douleur
Mécanisme d'action incertain

Antidépresseurs

- Action sur l'humeur non nécessaire
- Utilisés à des doses plus faibles / dépression
- Bénéfice thérapeutique > 2 semaines de traitement
- Compliance du malade est la clé du succès thérapeutique
- Doses progressivement croissantes → limiter les effets II

- Tricycliques+++
- Dose initiale réduite puis ↗ par paliers 4/5 jours
- Prise vespérale
- Dose 30-50 mg/j voire moins 10 mg/j
- Echec si inefficacité 1-3 mois
- Si succès, diminuer la dose après 6 mois

Indication de choix: SII modéré à sévère notamment avec diarrhée

Médicaments agissant sur les récepteurs de la sérotonine

Sérotonine = médiateur clé de la sensibilité viscérale et de la motricité digestive

Antagonistes 5-HT3

Bloquent la transmission du message sensitif et ralentissent le transit

Indication: SSI-D

EII: constipation, colite ischémique?

Alosetron(US)
Cilansetron(retiré)
Ramosetron

Agonistes 5-HT4

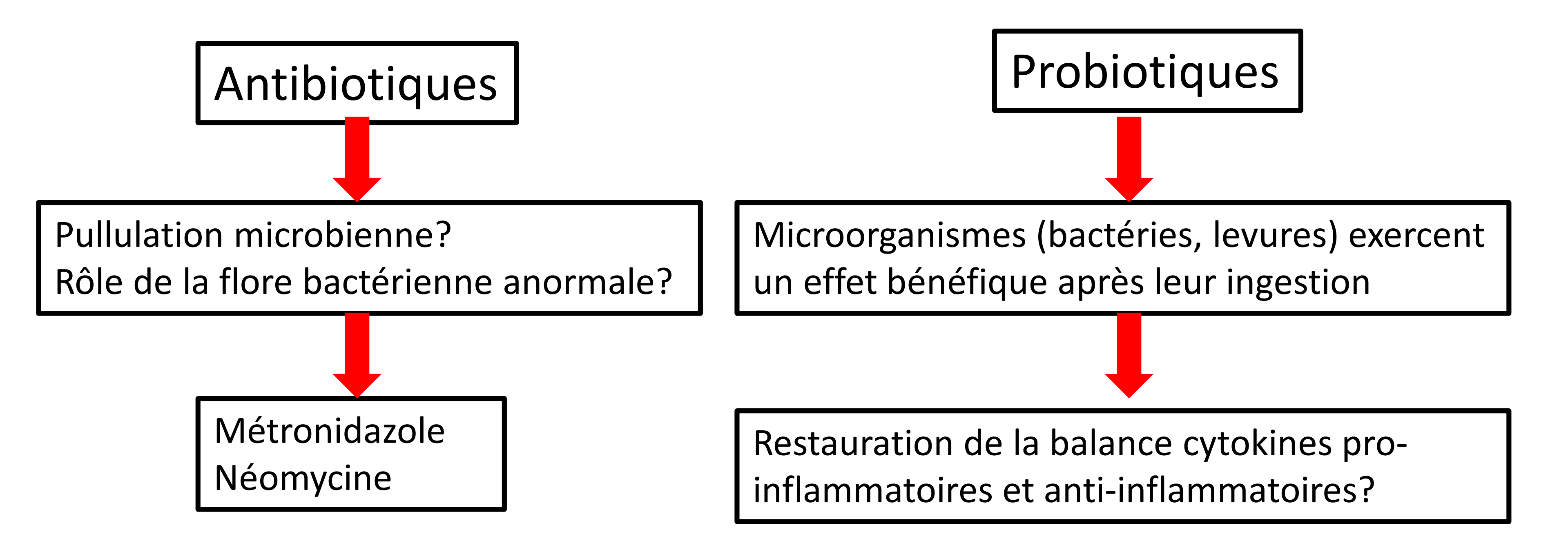
Accélèrent le transit oro-caecal

Indication: SSI-C

Accidents cardiovasculaires?

Tégaserod
Prucaloprid..

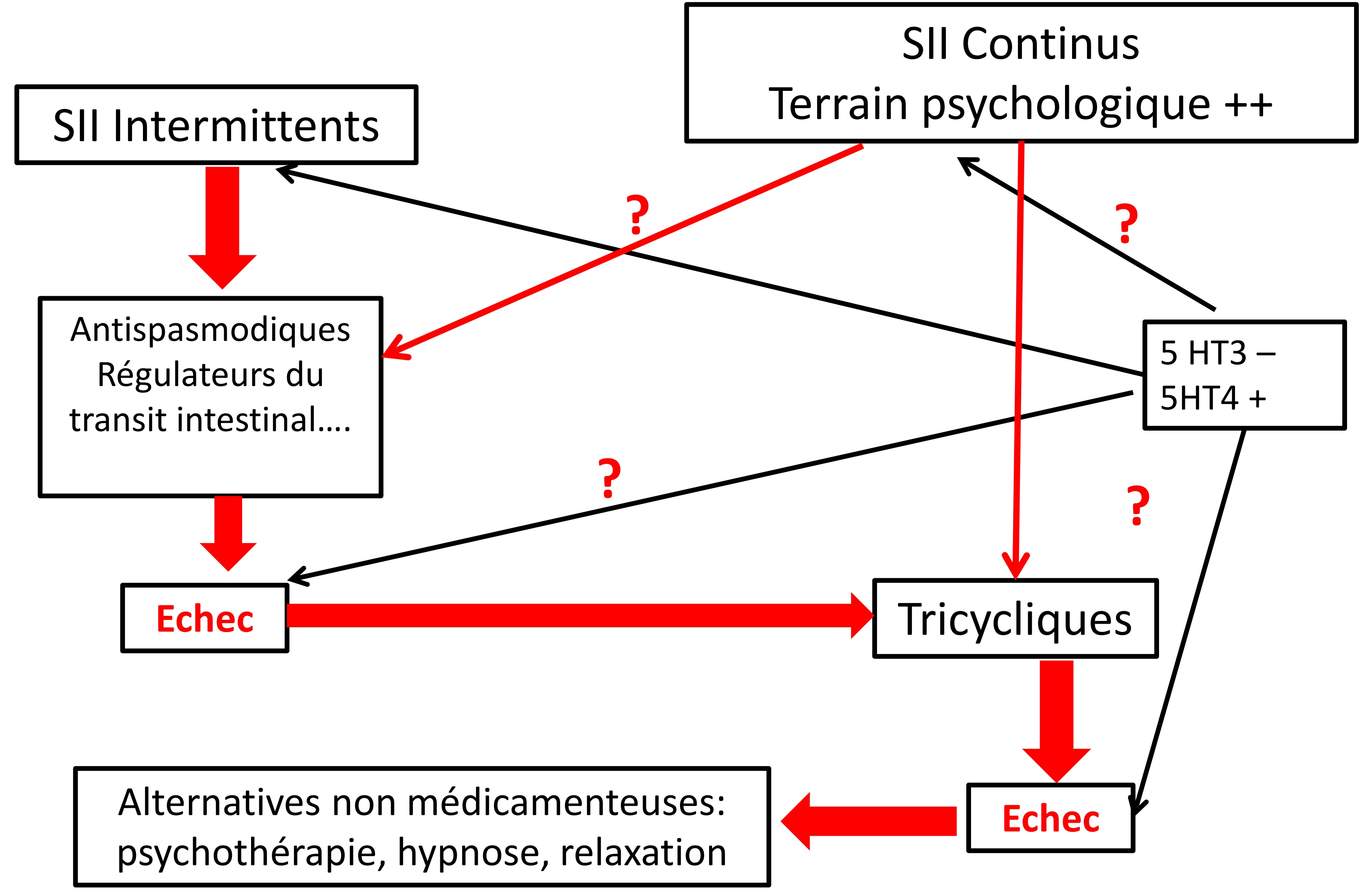
Médicaments agissant sur l'écosystème intestinal



Régulateurs du transit intestinal

- Constipation:
  - RHD
  - Laxatifs osmotiques ++(Forlax, Duphalac..)
  - Mucilages (Normacol, Kaologeais…)
  - Attention aux laxatifs irritants
- Diarrhée: lopéramide +++

Algorithme


SII Continus
Terrain psychologique ++
SII Intermittents
?
?
Antispasmodiques
Régulateurs du
transit intestinal….
5 HT3 –
5HT4 +
?
?
Echec
Tricycliques
Alternatives non médicamenteuses:
psychothérapie, hypnose, relaxation
Echec

Futurs médicaments?

- **PLUSIEURS COMPOSES SONT EN COURS D' INVESTIGATION**

Antagonistes CCK-A

Antagonistes Neurokinine 1 and 3

Antagonistes Κ opioïdes

Agonistes $\alpha 2$ adrénergique

Antagonistes M3

Antagonistes Cannabinoïes CB1

Antagonistes CRF1

Dernier recours



Conclusion

- SII = pathologie fréquente encore mal définie
- Présentations cliniques polymorphes
- Mécanismes physiopathologiques complexes

  approche thérapeutique rationnelle difficile
- Symptômes cliniques chroniques: suivi et médicaments au long cours
- Mesure de l'efficacité thérapeutique difficile: effet placebo ↑
- Approche thérapeutique basée sur un diagnostic fiable

  et une bonne relation médecin-malade
- Eviter les erreurs de prescription: régime++, multiplication des médicaments, des explorations….


Merci